

LA PREVENTION DES ENTORSES

Avant de rentrer dans le vif du sujet, il nous paraissait important de donner quelques définitions et considérations sur le sujet.

Une entorse est une lésion ligamentaire traumatique due à un mécanisme indirecte n'entraînant pas de perte des rapports normaux des surfaces articulaires (Pr. Bonnomet). Elle se produit lorsque le pied est forcé en inversion ou en éversion.

Elles concernent tous sports confondus 15 à 20% des traumatismes sportifs mais surviennent principalement dans les sports collectifs avec changements brutaux d'appui (basketball football, volleyball..).

La **prévention** représente l'ensemble des mesures à prendre pour éviter qu'une situation ne se dégrade, ou ne survienne. Van Mechelen et al (1992) ont proposé une méthode de recherche scientifique afin de progresser dans le domaine de la prévention des blessures.



Figure 2 Inversion et Eversion de cheville

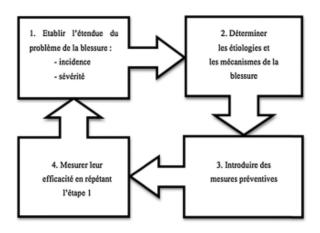


Figure 1 Etapes dans la prévention des blessures

1. ETABLIR L'ETENDUE DU PROBLEME DE LA BLESSURE- DETERMINER LE MECANISME DE LA BLESSURE

La cheville possède deux ligaments importants que sont le ligament latéral interne (LLI) et le ligament latéral externe (LLE).



Figure 3 Ligaments et structures osseuses de la cheville

La majorité des entorses se produisent sur le LLE en inversion. Même s'ils sont peut fréquentes, il ne faut pas négliger des mécanismes plus rares comme les lésions du LLI en éversion ou des ligaments péronéo-tibial. L'atteinte de ces ligaments est plus souvent reliée avec des fractures de la malléole.

Les entorses sont classées en trois groupes de gravité :

- Les entorses bénignes: correspondant à une élongation ligamentaire sans rupture d'un ou plusieurs faisceaux du LLE
- Les entorses de gravité moyenne : avec une rupture complète d'un faisceau du LLE
- Les entorses graves : avec une rupture étendue sur plusieurs faisceaux

Certains éléments sont habituellement retrouvés lors des entorses graves :

- Insomnie (à ne pas confondre avec une première nuit inconfortable possible lors des entorses bénignes)
- Craquement audible, impression d'une déchirure ou déboitement, écoulement chaud à l'intérieur de la cheville au moment du traumatisme sont des éléments en faveur d'une entorse grave.

Pour diagnostiquer l'étendue du problème il est nécessaire de réaliser un examen clinique qui doit éliminer une fracture (malléoles, métatarse ou naviculaire). Pour cela il est souvent prescrit une radiographie conventionnelle.

L'échographie peut être prescrite pour visualiser un œdème, désinsertion, rupture ou arrachement osseux. Un échographe expérimenté et disposant d'un matériel performant obtiendra de meilleurs résultats (rare en urgence).

L'IRM est fiable et avec de bons résultats pour les lésions fraîches mais difficile à obtenir en urgence.

En complément des images, le médecin va tenter de mettre évidence par un test dynamique la laxité de la cheville. En fonction des degrés retrouvés il proposera un diagnostic. Ces valeurs peuvent être influencées par plusieurs facteurs : technique utilisée (mouvement manuel/instrumenté), la force appliquée mesurable ou non et la position du pied. Cet examen est fiable mais la sensibilité et la spécificité aléatoire l'utilisation systématique est rare sur les lésions fraîches.

Fréquemment pour trancher entre une entorse grave et moyenne, la situation est réévaluée 3 à 5 jours après l'accident après avoir appliqué le protocole GREC (Glace, Repos, Elevation, Compression).

2. EVOLUTION - COMPLICATIONS

L'instabilité chronique de la cheville est une des complications à redouter. Elle se caractérise généralement lors d'entorse à répétition. Elle se manifeste par un contexte d'instabilité lors de la course, la marche sur des terrains accidentés ou plats. L'examen clinique sera important pour diagnostiquer ce problème. La recherche est bilatérale et comparative.

La mobilité de la cheville peut être réduite sur certains axes. Or pour pouvoir reprendre son activité il sera nécessaire de retrouver toute la mobilité. Voici tous les degrés de liberté de la cheville :

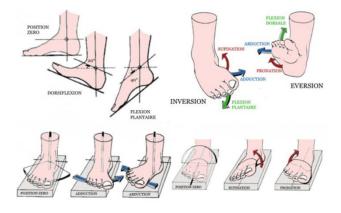


Figure 4Mobilité de la cheville

3. Introduire des mesures de prevention

Pour la plupart des entorses, le traitement par le mouvement est privilégié à l'immobilisation. Ce traitement fonctionnel peut consister à une simple contention par le strapping ou l'utilisation d'une orthèse amovibles. Cela permet de débuter précocement une rééducation appropriée visant à récupérer un bon contrôle musculaire externes : c'est la rééducation proprioceptive.

La rééducation aura pour but de retrouver une amplitude de la cheville suite à la blessure identique à celle pré-blessure.

Certaines études montrent qu'un programme de huit semaines semble être efficace pour réduire les répercussions de l'entorse sur les performances musculaires isocinétique et sur la stabilité posturale de la cheville en appui unipodal.

Le traitement chirurgical par suture suivi d'une immobilisation plâtrée de 4 à 6 semaines est rarement indiqué. Il est réservé aux entorses graves avérées ou en cas de lésions associées.

Renforcer les muscles qui stabilisent la cheville

Ces muscles « anti-entorse » se situent sur le côté de la jambe et tirent dans le sens inverse de l'entorse, ce sont principalement les péroniers latéraux.

Travailler la coordination et l'équilibre

Dans les ligaments, il existe des récepteurs qui informent le système nerveux de la position de la cheville. Ils ont été abîmés lors du traumatisme. Dans le but de faire intervenir les muscles au bon moment, il faut les rééduquer. Cela représente les dernière étapes avant la reprise.

Reprendre le sport après une entorse

Sportifs, avec votre médecin, il est possible de trouver des stratégies pour ne pas s'arrêter complètement. Par des activités où le pied n'est pas en appui : les appareils de musculation type chaise à quadriceps, chaise à ischio-jambiers, musculation des bras, du dos ou des abdos vous pouvez développer des zones d'entraînements que vous n'utilisez pas ou peu habituellement.

Lorsque la douleur se réduit, il sera possible de commencer le vélo (la cheville ne bouge pratiquement pas), en même tant que les exercices de stabilisation de la cheville puis le vélo elliptique lorsque la douleur ne sera plus présente, renouez enfin avec les terrains en reprenant par des exercices peu intenses comme le footing puis intégrer progressivement des pas chassés/croisés/changement de directement pour terminer le travail de coordination.

Progressivement, il sera possible de pratiquer sur sol irrégulier avec une chevillière pour commencer.

RETROUVER L'AMPLITUDE DANS TOUS LES DEGRES DE MOBILITE/ RENFORCEMENT MUSCULAIRE

LUTTER CONTRE LES INSTABILITES DE CHEVILLE / PROPRIOCEPTION / COORDINATION

Adduction/ Abduction	Flexion/Dorsi flexion	Inversion/Eversion	Pronation/Supination		
Réaliser dans tous les axes de mobilité 4 à 6 séries de 10 répétitions					

Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4
			Y Y
En position, sur un pied et sur une surface instable/un coussin rester immobile pendant 30" à 1minutes. Réaliser l'exercice 3 à 4 fois.	surface instable, ajouter du mouvement sur le haut du corps	avec la jambe libre tendu, abaisser votre buste avec le	réalisé une succession d'appuis suivi d'un blocage sur un pied sur une surface

Pour retrouver des exerices d'appuis et renforcements fonctionnels de la cheville, suivez notre page Winphys.

Ref : Pr. François Bonnomet – Les entorses de la cheville-Faculté de Médecine de Strasbourg

Dr **Stéphane Cascua** – l'auto-rééducation après une entorse de la cheville, chronique allodocteurs.fr

Renaud Rosière Préparateur physique Coach sportif www.winphys.com



Image de référence : https://osteo04.fr/articles/38-l-entorse-de-la-cheville.html